



CONDADO DE PLACER AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Información de identificación del Paciente/Cliente		
APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL:
DOMICILIO:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NO. DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	NO. DE REGISTRO:

Autorizo por la presente a _____ a divulgar mi información de salud protegida a: _____.

Persona/Organización Que proporciona la Información <small>[45 C.F.R. § 164.508(c)(ii) & Civ. Code § 56.11(c)]</small>	Persona/Organización Que Recibe la Información <small>[45 C.F.R. § 164.508(c)(iii) & Civ. Code § 56.11(f)]</small>
NOMBRE:	NOMBRE:
DOMICILIO:	DOMICILIO:
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO:	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO:
TELÉFONO: FAX:	TELÉFONO: FAX:

Descripción Detallada de la Clase de Información que Será Divulgada <small>[45 C.F.R. § 164.508(c)(i) & Civ. Code § 56.11(d) & (g)]</small>	
<input type="checkbox"/> Registro Entero <input type="checkbox"/> Solamente Registros Médicos <input type="checkbox"/> Historial Médico/Social/Legal <input type="checkbox"/> Solamente el Registro de Vacunas <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis (especifique, p. ej.: rayos x, ECG, laboratorio, psicológico, orina): <input type="checkbox"/> Otra (Favor de Especificar):	<input type="checkbox"/> Diagnósis (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Asistencia/Participación de Tratamiento <input type="checkbox"/> Información de Restricción de Aislamiento <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia <input type="checkbox"/> Plan Para Tratamiento Individual <input type="checkbox"/> Evaluación (especifique, p. ej.: bio-social, psicológico, psiquiátrico): <input type="checkbox"/> Otra (Favor de Especificar):

Fechas Pertinentes de Tratamiento que han de ser revelado , di son conocidas:

En la medida aplicable, tengo entendido que mi registro médico puede contener información que se considera sensible bajo la ley. Mis marcas de selección abajo indican que **NO** permito que se divulgue este tipo de información, si existe. Tengo entendido que si no marco la cajilla indicada, se divulgará este tipo de información, si existe

Salud Mental Abuso de Sustancias VIH/SIDA Pruebas Genéticas
 Enfermedad de Transmisión Sexual

Descripción Detallada de Como se Usara la Información:

(Ejemplos: Evaluación; Monitoreo de Progreso o Participación; Planificación del Tratamiento / Administración de Caso; Evaluación de Servicio; Solicitud del Paciente/ Cliente) [45 C.F.R. § 164.508(c)(iv)]

Esta *Autorización* se vence en: _____ (fecha)

[45 C.F.R. 164.508(c)(v) & Civ. Code § 56.11(h)]

Entiendo mis derechos:

- Autorizo la divulgación de mi información médica como se describe anteriormente para los fines mencionados. Esta *Autorización* es voluntaria, pues tengo entendido que mi información de salud está protegida por las normas de privacidad Federales y Estatales y no puede divulgarse sin mi consentimiento, excepto lo dirigido específicamente bajo ley. [45 CFR § 164.508(c)(2)(i)]
- Tengo el derecho de revocar esta *Autorización* por escrito al proveedor de esta información mencionado anteriormente. La *Autorización* se detendrá en la fecha que se reciba mi solicitud, con excepción de la información divulgada previamente y tal información divulgada puede ser relanzada por el destinatario de la información porque ya no está protegida bajo la Ley Federal, o cuando se haya obtenido dicha *Autorización* como una condición de seguro, inscripción o elegibilidad. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(ii) & Civ. Code § 56.11(h)]
- Tengo entendido que el *Aviso de Prácticas de Privacidad* proporciona instrucciones, en caso que elija a revocar mi autorización. [45 C.F.R. § 164.508(c)(ii)]
- Entiendo que firmo esta *Autorización* voluntariamente y que tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios no se será afectados si no firmo esta *Autorización* a menos

que mi tratamiento, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios estén sujetos a mi firma de la *Autorización*. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(ii)]

- Entiendo que si la organización que he autorizado a recibir la información no es un plan de seguro médico o proveedor de atención médica, la información liberada ya no puede estar protegida por las normas Federales de privacidad. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(iii)]
- Entiendo que tengo el derecho de recibir copia de esta *Autorización*.

Firma del Paciente/Cliente:	Fecha:
-----------------------------	--------

Una Fotocopia de esta *Autorización* carga la misma autoridad que la original.

Firma del Padre, Tutor, Protector, o Representante Legal (indique el parentesco):	Fecha:
---	--------